

La costruzione sociale della salute

Per un welfare dei servizi capace di integrare sociale e sanitario

A cura di
**Roberto Camarlinghi,
Francesco d'Angella**

Il sociale e il sanitario. Due mondi che già il semplice nominarli li separa. Eppure sono le due metà di uno stesso intero: la salute della persona. E della sua cura, che non si risolve nella sanità, ma richiede l'apporto del sociale. Specie se si tratta di situazioni segnate da patologie croniche o da elevata multiproblematicità, dove accanto agli interventi sanitari servono azioni di protezione sociale. La mancata integrazione tra sociale e sanitario acuisce oggi le disuguaglianze nella salute, perché lascia alle persone e alle loro diseguali possibilità e capacità il compito di integrare cura e assistenza. Come avvicinare oggi le due anime del welfare dei servizi? Su cosa far leva?

Ricomporre la frattura tra sociale e sanitario: è questa la sfida a cui è oggi chiamato il *welfare dei servizi*. L'integrazione sociosanitaria è infatti sempre più la condizione per tutelare il diritto alla salute dei cittadini. Sono in aumento i casi in cui le persone non necessitano di risposte o solo sanitarie o solo sociali, ma pongono domande di salute che le richiedono entrambe. In questi casi le persone devono potersi riferire a un sistema di cura che le tenga insieme: tale sistema è quello dell'integrazione sociosanitaria. Tuttavia l'integrazione tra sociale e sanitario fatica ad attuarsi, benché nessuno a parole ne disconosca l'importanza. Prevalgono ancora compartimentazioni, settorializzazioni, frammentazioni. Occorre oggi – tanto più in un quadro di risorse in calo – mettersi con più determinazione sulla strada dell'integrazione. Una strada che coniuga efficienza e appropriatezza della cura.

Le ragioni per cui bisogna integrarsi

In questo articolo si proverà ad argomentare le «buone ragioni» dell'integrazione socio-sanitaria. Sperando di dare un contributo a un welfare capace sempre più di superare le divisioni per co-produrre interventi di cura.

La cronicità è oggi il principale problema di sanità pubblica

L'integrazione tra sociale e sanitario è oggi resa ancor più necessaria dal modificarsi dei bisogni di salute. Oggi le *malattie al 40%*

sono croniche. Al punto che la cronicità⁽¹⁾ è il principale problema di sanità pubblica. L'invecchiamento della popolazione è certamente il fattore principale della diffusione di malattie croniche (come il diabete, per esempio). Ma la cronicità (intesa come condizione che richiede interventi di cura e assistenza continuativi nel tempo) è l'elemento che spesso caratterizza anche problematiche come la tossicodipendenza, la sofferenza psichiatrica, la disabilità, la non autosufficienza...

La cronicità *mette in crisi il modo tradizionale di concepire la salute*. Nella cronicità la salute non s'identifica infatti più con il ripristino di una condizione di integrità, ma diventa il miglior livello di benessere possibile per la persona, considerata nel suo ambiente sociale, con le sue condizioni fisiche, anagrafiche, socioeconomiche, ecc. Nella cronicità le persone hanno l'obiettivo di un benessere nella malattia, non più quello della guarigione. Di conseguenza la cronicità *risformula l'idea stessa di cura*. Mentre nella malattia acuta curare è guarire – l'ospedale tendenzialmente guarisce dalla malattia acuta – nella malattia cronica curare è prendere in cura la persona. E prenderla in cura per il tempo della sua vita, non solo nel periodo circoscritto che va dall'acuzie alla guarigione.

La diffusione della malattia cronica comporta quindi oggi una domanda di salute più complessa rispetto alla malattia acuta. Una domanda alla quale non è appropriato rispondere con l'ospedale o lo specialismo tecnico, perché richiede una forte integrazione tra sociale e sanitario. Serve

* I pensieri qui raccolti sono frutto di incontri realizzati all'interno di un percorso di ricerca promosso dall'Aust. di Parma con la rivista Animazione Sociale successivamente al II Appuntamento nazionale degli operatori sociali (Torino, 8-9 novembre 2013), *Educarsi al welfare bene comune*. L'obiettivo è approfondire come oggi sociale e sanitario possano cooperare

per «costruire diritti nella fragilità che ci avvolge». I primi esiti sono stati discussi nel convegno «La costruzione sociale della salute» svoltosi a Parma il 18 dicembre 2014.

1 | Cronicità si riferisce a una condizione in cui patologie e/o situazioni di vulnerabilità accompagnano gli individui nel tempo della loro vita.

dunque un *modello di gestione delle situazioni capace di assumerne maggiormente la complessità*.

Oggi Il sociale ammalia le menti e i corpi

Un altro elemento che oggi pone come prioritaria la questione dell'integrazione tra sociale e sanitario è il diffondersi della fragilità sociale.

Sappiamo bene *quanto la crisi abbia un impatto sulle vite*. Un numero crescente di persone sperimenta una vulnerabilità sociale, sia momentanea che continua nel tempo, che ha effetti nocivi sulla salute. C'è oggi una condizione economica e sociale che fa sì che le persone si ammalinino di più. In molti casi è il sociale che ammalia le menti e i corpi. È inappropriato allora concepire la salute e la cura solo in termini biomedici, occorre assumere anche le dimensioni sociali della salute e della cura.

In un contesto di fragilità diffusa come quello attuale, *si rende ancor più evidente l'incidenza dei determinanti sociali di salute*. Salute infatti non coincide con sanità, anzi l'assistenza sanitaria incide per il 15% sul miglioramento dello stato di salute di una popolazione.

Per l'85% i determinanti della salute sono fattori non sanitari, ma sociali. Primo di tutto il reddito (lo stato socioeconomico di una persona è il maggior determinante di condizioni di salute positive), poi, tra gli altri, il livello di istruzione, l'ambiente di

vita, l'alimentazione, l'attività lavorativa. Si capisce così come chi è *privato di fattori di protezione sociale* (ovvero è a basso reddito, vive in contesti familiari e sociali poveri di risorse economiche e culturali, ha reti relazionali sfilacciate...) si trovi *più esposto* a situazioni di perdita di salute. Più si è in condizione di fragilità sociale (solitudine, povertà...), più si è a rischio di malattia.

Non solo, ma un episodio di malattia impatta in modo diverso a seconda delle diseguali risorse (sociali, culturali, economiche) di cui si dispone. Soggetti *con meno risorse sono più in difficoltà a fronteggiare* le conseguenze di un evento critico. L'impatto che una situazione di malattia ha sulle vite delle persone è quindi maggiore o minore in relazione al loro grado di vulnerabilità psicosociale.

Si capisce così come la cura non richieda solo interventi sanitari ma anche sociali. I destinatari dell'assistenza sociosanitaria sono persone che presentano bisogni di salute che richiedono *prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale*, anche di lungo periodo. Le domande di salute che le persone oggi rivolgono ai servizi sono sempre più «reti di domande», ossia hanno in sé bisogni di vario tipo, non riconducibili alle classiche categorie con cui i servizi sono soliti raggruppare i propri utenti. Pertanto possono essere affrontate solo con azioni di connessione e complementarietà delle competenze sociali e sanitarie ⁽²⁾.

2 | Significative queste riflessioni di Benedetto Saraceno, psichiatra dell'OMS: «Abbiamo bisogno di risposte in rete semplicemente perché le domande sono reti e la negazione di questa semplice verità crea risposte unilaterali, falsamente lineari, verticali, separate, non trasparenti. È la sofferenza delle persone che è in rete, perché è la realtà che è una rete di fattori di rischio ed è la risposta alla sofferenza che troppo spesso non è in rete. Ed è questo che crea le barriere e l'ineffettività della risposta».

Malattia fisica, malattia mentale, sofferenza psicologica, sofferenza sociale sono in realtà nodi di una rete complessa la cui ipersemplicificazione può essere forse un bisogno amministrativo, istituzionale, talvolta anche comprensibile, legittimo. Tuttavia la risposta deve limitare l'ipersemplicificazione, mantenere negli interventi le stesse connessioni che le domande propongono» (*Il paradigma della sofferenza urbana*, in Souqonline, www.souqonline.it).

Andare oltre il paradigma biomedico

Il cambiamento nelle domande di salute impone oggi un cambio di paradigma nel modo di farvi fronte. Il paradigma biomedico si mostra inadatto; più pertinente si rivela un paradigma dell'integrazione socio-sanitaria. Ci troviamo oggi davanti alla necessità di compiere una transizione. Il paradigma biomedico, che si è costruito (e ha conseguito i suoi successi) sulla malattia acuta, deve far spazio a un paradigma che integri sanitario e sociale, maggiormente capace di fronteggiare situazioni crescenti di cronicità e di fragilità sociale. Analizziamo i due paradigmi più da vicino.

Il paradigma biomedico

Il paradigma biomedico è centrato sulla preminenza del sapere biologico e tecnologico. Per funzionare, esso deve isolare il problema, l'organo, la patologia, e su quella porzione, che ritiene di propria competenza, interviene.

È un paradigma che ha ottenuto nella storia considerevoli risultati rispetto alla cura di molte patologie. Oggi non si muore più per malattie fino a non molto tempo fa giudicate incurabili.

È fondamentale che la biomedicina continui i propri progressi. La malattia acuta (che sia una malattia infettiva, cardiovascolare, ecc.) chiede una risposta tecnica ad alto livello specialistico che, con il pro-

gredire delle conoscenze, deve diventare sempre più sofisticata: l'antibiotico di ultima generazione per le malattie infettive, il bypass aortocoronarico e l'angioplastica coronarica per le cardiopatie, ecc. In termini organizzativi la biomedicina prosegue il proprio sviluppo nella costruzione di punti di eccellenza.

Mettere in discussione il paradigma biomedico non significa pertanto superarlo, ma relativizzarlo. La risposta biomedica volta a guarire dalla malattia acuta, pur rimanendo fondamentale, ha infatti *perso peso dal punto di vista epidemiologico*. I principali problemi di sanità pubblica che abbiamo in questo momento sono, come detto, le malattie croniche, ma anche il venir meno dei fattori di protezione sociale. Problemi che richiedono percorsi di cura e di assistenza continuativi nel tempo e nello spazio (ospedale, medicina di base, famiglie, RSA, servizi socio-assistenziali...).

Oggi, per prendersi cura della salute delle persone, non si può più pensare di avere solo tanti ospedali che aspettano l'acuzie, né servono solo competenze specialistiche. Sono altre le competenze che si devono portare avanti in modo integrato sul territorio⁽³⁾.

È il cambiamento dell'epidemiologia a rendere indispensabile l'adozione di un paradigma dell'integrazione che assicuri continuità di cura. Il rischio, altrimenti, è che la salute diventi sempre più una salute parcellizzata, tecnicizzata, scollegata dai mondi vitali della persona.

3 | Nella provincia di Parma le Case della salute (ne sono state programmate 26 su tutto il territorio a servizio di poco meno di 450.000 abitanti) sono state un passo importante nell'integrare il sociale e il sanitario. La premessa importante alla realizzazione delle Case della salute è stata la rimodulazione della rete ospedaliera (avviata all'inizio degli anni 2000), che ha portato a ridisegnare e a potenziare i servizi territoriali. Alcuni ospedali si sono riconvertiti in strutture territoriali, ambulatoriali e in opportunità per i medici di aggregarsi in gruppo.

Questa riorganizzazione ha portato ad aprire un dibattito nelle comunità, perché chiudere un ospedale non è irrilevante per un territorio. È stato importante far capire che la chiusura non significava abbandono, ma era una riconversione legata a scelte di maggiore appropriatezza della cura (i nuovi bisogni di salute richiedono servizi territoriali, più che ospedalieri), di equità e di compatibilità economica. Il dibattito ha fatto crescere le comunità, che sono oggi molto più consapevoli rispetto ai temi della salute.

Il paradigma dell'Integrazione

Il paradigma dell'integrazione è ben esemplificato nel modello di gestione della malattia cronica (*chronic care model*). La cronicità richiede infatti l'applicazione di un modello di gestione delle situazioni più complesso.

Il dilatarsi del tempo e del luogo della cura

Rispetto al paradigma biomedico, centrato sul sapere tecnico, squisitamente sanitario, è diverso l'assunto culturale. Non si tratta più di intervenire nella fase acuta. Nella cronicità il tempo della cura si dilata al *tempo dell'esistenza* della persona.

Anche il luogo delle cure si sposta, *dall'ospedale all'ambiente di vita* del paziente. Mentre in ospedale (che è la traduzione organizzativa del paradigma biomedico) si ragiona per organi, apparati, patologie, sul territorio (quando cioè la persona è nel proprio ambiente di vita) si tratta di gestire una complessità maggiore. Lo rileviamo ogni giorno nella gestione di pazienti diabetici, psichiatrici, cardiopatici, tossicodipendenti, ecc.

Oltre la relazione duale medico-paziente A differenza del modello biomedico, il *chronic care model* si basa non sulla relazione duale tra lo specialista e il paziente, ma sul rapporto tra una *équipe di cura integrata* (sociale e sanitario) e il paziente – inteso non come monade a sé, ma come soggetto inserito nel proprio ambiente di vita: in *quella* famiglia, con *quella* situazione abitativa, socioeconomica, ecc.

Sul territorio la cura non è più solo prendersi carico della singola patologia, come nel modello ambulatoriale ospedaliero,



Oggi, per prendersi cura della salute delle persone, non bastano gli ospedali o gli specialismi. Sono altre le competenze da portare avanti in modo integrato sul territorio.

ma è sviluppare competenze di base in tutto il sistema di *caregiving* (dall'aderenza terapeutica, agli stili di vita, dalla rete di sostegno sociale, a una corretta e costante informazione). Si tratta in particolare di sviluppare *capacità di autocura*, perché nella cronicità la persona non è corpo inerte (come nella malattia acuta), ma può diventare protagonista della propria cura insieme al proprio ambiente familiare. La persona esce dunque dalla posizione passiva di paziente per diventare partner nelle decisioni che si prendono.

Partner, più che paziente Di conseguenza cambia la relazione con lui. Si attenua la asimmetria tipica del modello biomedico, dove il medico sa e prescrive e il paziente ascolta ed esegue. E si va verso una crescente simmetria, che richiede di saper coinvolgere la persona e la sua rete informale nel processo della cura. La competenza comune alle diverse professioni diventa allora quella di sviluppare capacità di relazione con il paziente e il suo contesto di vita⁽⁴⁾.

4 | Certo anche nella risposta alla malattia acuta è importante la presa in carico relazionale, l'informazione del paziente, il suo empowerment. Ma non è questo il cuore dell'intervento: perché se uno ha la

polmonite è più importante dargli la terapia giusta per consentirgli di riprendere una situazione ottimale, mentre se uno ha una malattia cronica è importante che impari a convivere.

Verso una reciprocità dei saperi Nella gestione dei pazienti cronici si modifica anche il rapporto tra i saperi professionali. Vi è la necessità di agire una reciprocità, non una unilateralità. Le informazioni che ogni attore della cura rileva dal proprio angolo di competenza devono diventare conoscenze che vanno a integrarsi nel percorso di cura. Ed è importante che vi sia una retroazione costante dei dati conoscitivi sul sistema di cura, nel senso che le conoscenze che si condividono e si co-costruiscono devono ri-orientare la gestione dei percorsi.

Da mono-prestazioni a percorsi integrati

Cambia di conseguenza la logica organizzativa dei servizi. Da mono-prestazioni specialistiche si passa a percorsi integrati. Se le prime procedono in maniera parallela e giustapposta, i secondi richiedono scambio costante di conoscenze e co-gestione dei casi. I percorsi, a differenza delle prestazioni, non seguono un iter predefinito, ma sono interventi messi in atto in modo processuale, con continue verifiche di pertinenza e adeguatezza rispetto agli obiettivi condivisi con il paziente, i suoi familiari, ecc.

Dall'attesa alla proattività È fondamentale sottolineare come, nel paradigma della malattia cronica, l'atteggiamento non sia di attesa, ma di iniziativa. Non si tratta di attendere che il paziente arrivi nel servizio di cura (che sia ospedale o ambulatorio) per guarirlo e poi dimetterlo. L'atteggiamento di attesa è tipico del modello biomedico: l'ospedale aspetta il manifestarsi dell'acuzie. Ed è giusto che sia così, perché il passaggio dallo stato di salute a quello di malattia è spesso repentino e imprevedibile. Ma nella cronicità e nelle situazioni di

multiproblematicità (sociale e sanitaria) si richiede, da parte dei servizi, un atteggiamento proattivo capace di accompagnare il paziente e la sua famiglia nella gestione della propria cura.

Una questione di equità

Quest'ultimo punto è importante, sia perché costituisce forse la differenza più evidente rispetto al paradigma della malattia acuta, sia perché incrocia il tema dell'equità nella salute ⁽⁵⁾.

Essere proattivi per garantire equità nella salute

Sappiamo tutti come, in assenza di una proattività del welfare dei servizi, il motore dell'integrazione nel processo di cura sia lasciato alla persona e alle sue diseguali possibilità e capacità. Per questa strada non si costruisce equità nella salute, semmai si acquiscono le disuguaglianze.

Equità nella salute significa che i servizi non possono essere uguali per tutti, ma vanno differenziati in relazione alle diversità di ognuno e resi appropriati rispetto al bisogno sociale e sanitario che la persona esprime. Equità significa rendere accessibili le cure alle persone, nel senso di favorire il più possibile il loro accesso al sistema di cura. Ciò significa, per esempio, che i diversi professionisti si recano a casa della persona se questa non è in grado di venire al servizio, e la contattano nel caso non si presenti alle visite.

Se una persona non si presenta al controllo periodico della glicemia, è importante telefonarle a casa per capire come mai non è venuta. Potremmo scoprire che non è ve-

5 | L'equità è tra i principi fondanti del servizio sanitario nazionale e lo è oggi in quelli del nuovo servizio

sanitario regionale.

nuta perché non gliene importa della sua salute, oppure perché non ha nessuno che possa accompagnarla. Sono dimensioni che è importante verificare con un atteggiamento proattivo perché costituiscono spesso un ostacolo all'accessibilità e alla continuità assistenziale da parte di chi è svantaggiato socialmente.

L'integrazione sociale e sanitaria è dunque volta a costruire la continuità dell'assistenza per pazienti la cui salute si costruisce o si compromette nella quotidianità della loro esistenza, nella materialità delle loro condizioni di vita. Di questa materialità, di queste condizioni occorre tener conto per costruire l'equità nella salute.

Ma oggi il welfare dei servizi può essere proattivo?

La domanda è: oggi il welfare dei servizi è in grado di essere proattivo? Secondo il gruppo di lavoro che ha partecipato all'elaborazione di queste riflessioni, sì. Oggi abbiamo in mano, come sistema dei servizi, una potenzialità enorme per essere proattivi. Abbiamo tutto ciò che serve per prenderci cura del paziente: non quando si presenta ai servizi di cura o necessita di un loro intervento, ma *anticipandolo e prevenendolo*. Si tratta di imparare a giocare nella fase in cui il bisogno non si è ancora espresso in una domanda di servizio. Perché a quel punto spesso è tardi, il problema è già esploso, la rete dei legami che sta attorno a una persona si è già consumata. Oggi i servizi – con tutte le banche dati e la miriade di informazioni che si raccolgono attorno ai percorsi di cura e assistenza di ogni cittadino – possono *disporre di una epidemiologia individuale*. È possibile avere conoscenze non solo sui bisogni di salute come si sono espressi fino a oggi, ma anche come si potrebbero esprimere in un tempo medio-breve. Si dispone di fin trop-

pe informazioni. Il problema è che spesso non le si sa usare, né analizzare in termini operativi dando concretezza ai diritti.

Possiamo sapere in tempo reale quante volte quella persona ha avuto bisogno di essere ricoverata, per quali motivi, che farmaci ha assunto, quante visite specialistiche ha fatto, di che patologie soffre. Possiamo sapere qual è il suo rischio di essere ospedalizzata nell'anno in corso. Possiamo sapere se vive sola o no, qual è l'intensità del legame e degli affetti che ha, se la sua situazione sanitaria è ben compensata dal punto di vista del caregiving e della situazione economica, oppure se ha una situazione sociale disgregata che richiede un livello di attenzione più alto. Sono valutazioni di tipo sociale e sanitario che si possono fare tenendo conto dell'uso dei servizi fatto l'anno prima.

È nell'adottare un approccio proattivo che si gioca, a mio parere, l'evoluzione dei servizi. Ed è questo il terreno su cui riconquistare una nuova legittimazione sociale.

Una transizione non facile

Occorre riconoscere che non è facile incamminarsi sulla strada dell'integrazione sociale e sanitaria.

La forza attrattiva degli specialismi

Il modello biomedico, con la sua logica per specialismi, ha finito per prevalere come modello culturale delle professioni e organizzativo dei servizi.

Lo stesso welfare dei servizi si è strutturato nel tempo per divisione – più che per integrazione – di competenze. Ciascun servizio si ritiene specialista di *un* problema, non per gli altri. E anche negli ultimi anni l'organizzazione dei servizi (sanitari e sociali), pur

vedendo che il trend dei bisogni di salute della popolazione andava nella direzione di richiedere risposte integrate, ha continuato a procedere verso la specializzazione e la settorializzazione. A tal punto che quando un paziente pone problematiche che chiamano in causa servizi diversi (come accade nei SERT, in psichiatria, nei servizi sociali, nei servizi per la disabilità, per la non autosufficienza, ecc.) – la conflittualità che emerge nella loro gestione è elevata.

L'evidenza clinica come punto di rottura

Tuttavia oggi la stessa logica dell'evidenza clinica – che è stata il fattore determinante il successo della biomedicina – costituisce la base per definire altri percorsi, maggiormente congruenti con le nuove domande di salute. È lo stesso ragionamento scientifico, di appropriatezza delle cure, a sollecitare oggi la transizione.

I dati epidemiologici ci dicono infatti che persistere in una logica di non integrazione produce effetti perversi e non salute, alimenta disfunzioni e non efficacia. Il sanitario e il sociale devono interfacciarsi sempre di più. Gli ospedali non possono essere gli unici presidi della salute di un territorio. La salute è il prodotto di una continuità e di una integrazione nelle cure.

Con queste evidenze è oggi importante entrare in contatto, investire nella loro comprensione. Altrimenti il rischio è di dimettere l'anziano dall'ospedale senza considerare che, se a casa non ha una situazione socio-familiare in grado di supportarlo, tornerà a breve giro in ospedale.

Il cambiamento culturale delle professioni

Per realizzare processi di integrazione occorre oggi un grande cambiamento culturale.

Uscire dai recinti dei saperi disciplinari

Il principale ostacolo all'integrazione è forse rappresentato dai saperi professionali. Il welfare dei servizi è infatti portatore di culture professionali specifiche (sanitarie e sociali) che negli anni si sono via via rese autonome le une dalle altre. Così il welfare dei servizi è andato strutturandosi più sui saperi disciplinari che sui bisogni di salute dei cittadini. Dimenticando che *la salute è una unitarietà* che viene costruita da tante diversità professionali.

L'evoluzione delle professioni di cura, di aiuto, di assistenza oggi non risiede tanto nell'acquisire maggiore competenza tecnica specifica (che certamente deve perfezionarsi sempre più), ma nel sapersi integrare dentro la rete formale dei servizi e con la rete informale del paziente. Oltre al cappello tecnico-professionale occorre cominciare ad agire ruoli verso il welfare di comunità, entrare in una logica di rete dove la struttura è completamente diversa da quella esclusivamente professionale.

Per un nuovo operatore della salute

Oggi, di fronte alle nuove domande di salute, serve un nuovo operatore della salute. Servono operatori capaci di leggere la complessità, di prendersi in cura il problema e non solamente il sintomo o la malattia. Operatori che abbiano padronanza di competenze tecniche specifiche, ma anche nozione del proprio limite e della necessità di interfacciarsi con le altre competenze professionali. Operatori che siano capaci di lavorare in team e di riconoscere i nodi (spesso labili) della rete sociosanitaria territoriale, di attivarli e mantenerli. Operatori che sappiano essere assertivi e autorevoli verso il paziente, ma allo stesso tempo capaci di ascoltarlo e coinvolgerlo

nel percorso di cura, perché senza l'alleanza con il paziente e con le famiglie non si fa salute. Operatori che sappiano essere «relativi», cioè avere coscienza che il proprio intervento è una parte, non il tutto, ma può comunque dare un contributo fondamentale ed essere fulcro dello sviluppo della comunità curante.

Non aver paura di Integrarsi

Le diverse professioni sociali e sanitarie non devono avere paura di integrarsi. Integrarsi non significa diluirsi nelle rispettive responsabilità, perché i servizi sanitari, al pari di quelli sociali, devono continuare a saper fare il proprio «mestiere», ma collegandosi sempre più a un processo di lavoro che li accomuna.

Integrarsi significa uscire dall'idea della mono-prestazione, per offrire prestazioni integrate o, meglio ancora, percorsi contestualizzati all'interno di una comunità curante. Si tratta infatti di saper ingaggiare altri attori sul territorio: in primis il paziente, la sua famiglia, la sua rete sociale, le associazioni, il volontariato, le cooperative sociali...

Come integrarsi tra professioni?

Come avvicinare oggi i due mondi: sociale e sanitario? Come andare oltre divisioni che non favoriscono l'appropriatezza delle cure, né l'efficienza e l'equità del sistema?

Partire dalle esigenze di salute della persona

Se ragioniamo di integrazione partendo dalle professioni, ovvero dai fondamenti del sapere dei vari professionisti, il rischio è di accentuare gli elementi di contrapposizione, perché certo ogni professione ha

percorsi formativi diversi e specifici. Se invece partiamo dall'esigenza di salute che ha la persona assistita, la sua famiglia e il suo contesto di vita, si dà un obiettivo comune ai diversi saperi professionali. Un obiettivo attorno al quale essi possono integrarsi.

Come si diceva, è la logica dell'evidenza clinica che porta oggi a definire nuovi percorsi sociosanitari per le situazioni croniche e multiproblematiche. In questa prospettiva il soggetto curante smette di essere il singolo operatore, ma diventa una équipe di operatori che hanno formazione, cultura, saperi sì differenti, ma che si integrano. Che mettono a disposizione l'uno dell'altro le proprie competenze professionali, perché il bisogno di salute di quella persona è complesso e richiede il contributo di tutti quei saperi.

Questo è il lavoro più difficile e al tempo stesso sfidante che si possa fare in un ambito professionale: integrare saperi professionali ad alto livello di competenza tecnica (il sapere dell'infermiere, del medico, dell'assistente sociale, dell'educatore...), le cui diversità devono diventare non avversità, ma complementarità.

Riconoscere che la gerarchia del saperi non è funzionale

Si tratta allora di superare contrapposizioni tra saperi. Contrapposizioni che riguardano gli stessi settori del mondo sanitario: anche qui infatti troviamo saperi che faticano a integrarsi.

Per esempio, dire a un medico di famiglia o specialista che deve lavorare con un infermiere o con un operatore sociosanitario, partendo da pari dignità professionale, non è semplice. Per non dire degli ordini professionali, che sovente sono reciprocamente rivendicativi. Questi sono modi vecchi di rimanere legati a gerarchie tra saperi che non sono utili in questo momento.

La gerarchia dei saperi è funzionale nel paradigma della malattia acuta: il medico ordina la cura, l'infermiere la somministra, il paziente si sottomette. Ma se si interviene a casa di una persona con una malattia cronica, ogni volta occorre negoziare qual è il livello di salute che lei considera soddisfacente per la propria condizione. E può succedere che dica «mi spiace, non accetto questa pratica invasiva». Pensiamo a una persona con la sclerosi laterale amiotrofica che magari comincia ad andare in insufficienza respiratoria e dice al medico «secondo te devo mettere il ventilatore meccanico, ma io non voglio vivere schiavo di una macchina. Dammi la terapia palliativa e lasciami andare...». Sono frasi sconvolgenti, impensabili nel vecchio modello. Ma qui è il paziente che decide.

Ma pensiamo anche a situazioni attraversate da un mix di bisogni sociali e sanitari, di protezione sociale e cura: anche in questi casi i servizi sociali e sanitari devono saper costruire relazioni orizzontali tra loro e con la persona, i suoi familiari, le sue reti di vicinato.

Ritrovare la visione globale della salute

Per procedere verso la strada dell'integrazione occorre ritrovare una visione globale della salute che spesso le professioni, chiuse nei confini a volte ristretti dei saperi disciplinari, hanno un po' smarrito. Si tratta di una riscoperta che può essere molto gratificante per i diversi professionisti. Nell'esperienza delle Case della salute, che intendono essere una traduzione organizzativa di questa visione integrata della cura⁶, vi sono medici di medicina generale famiglia che affermano di essersi finalmente «liberati» dalla gabbia

dell'essere singolo medico che lavora con i propri pazienti dentro l'ambulatorio, e che riconoscono di aver recuperato il piacere di fare i clinici sul territorio.

La visione globale della salute allarga i confini ben oltre l'ambito della sola sanità. Porta a riconoscere che il sapere che cura è quello capace di integrarsi con altri saperi. Spinge gli operatori sociali e sanitari a reinterpretare la propria identità professionale dentro una prospettiva di benessere di comunità, che è la ragione per la quale è stato istituito «quel grande sistema di aiuto, cura, educazione che ha nome welfare e che qualifica come democratica una società»⁷.

Per una ri-legittimazione del welfare dei servizi

Per fare salute, dunque, occorre oggi dedicarsi di più a «pensare la salute» dei cittadini. È il cuore di un *welfare di iniziativa*, che non si limita ad aspettare le persone dentro gli ambulatori. Ma che sa accogliere i cambiamenti in atto nell'epidemiologia della popolazione. Che impara sempre più ad ascoltare i cittadini senza trattarli solo da pazienti. E che si rende permeabile alle loro richieste, fino a co-evolvere con le loro domande.

Da cittadini rimbalzati a cittadini ascoltati

Forse non è azzardato dire che la legittimazione del welfare dei servizi – oggi messa in discussione dai tagli alla spesa pubblica, ma ancor più da un debole consenso sociale – si giochi proprio sulla capacità di attivare il coinvolgimento e la partecipazione dei cittadini. Su questo punto è significativo un

6 | Dentro le Case della salute, lavorano fianco a fianco medici di medicina generale, specialisti, infermieri, operatori sociali. Grazie alla compresenza di questo mix, la lettura dei bisogni del cittadino-utente nella sua complessità sanitaria e sociale può trovare in

questi servizi orientamento, presa in carico e cura.
7 | Animazione Sociale (a cura di), *Educarci al welfare bene comune. Documento base del II Appuntamento nazionale degli operatori sociali*, in «Animazione Sociale», 277, 2014, p. 24.

episodio portato nel gruppo di riflessione da cui sono nate queste pagine.

Alcune settimane fa, a un convegno su sport e disabilità, una madre si è avvicinata al direttore generale chiedendogli: «Scusi, ma semia figlia che è disabile, e che ormai è entrata nella maggiore età, deve fare un certificato di idoneità alla pratica sportiva non agonistica, a chi mi devo rivolgere nell'AUSL? Perché il medico dello sport mi dice che ha bisogno di un certificato neuropsichiatrico. Ma il servizio di neuropsichiatria infantile che l'ha seguita fino all'altro giorno mi ha risposto che non è più di sua competenza. E il servizio di psichiatria dell'adulto mi ha detto: "Mi spiace, ma l'ha sempre seguita il neuropsichiatra, torni da lui"».

È un esempio, dove alla logica specialistica dei servizi si aggiunge una impostazione «da pubblica amministrazione». E dove a farne le spese è il cittadino e la sua salute. Perché proviamo a metterci nei panni di quella mamma: deve fare il giro di più uffici, facendo incontrare sua figlia con persone che la valutano sbrigativamente, e che ogni volta la rimbalzano dicendo che il posto giusto è sempre un altro. Questa signora cosa aveva ormai deciso di fare? Di continuare ad andare dal neuropsichiatra infantile, anche se la figlia era maggiorenne, ma a pagamento. Ecco perché è qui che si gioca la legittimazione del welfare (pubblico) dei servizi.

Un welfare che sa co-evolvere con le domande del cittadino

Cosa è successo dopo quell'incontro? L'AUSL ha chiamato questa mamma, ha cercato di capire con lei quali ostacoli avesse incontrato, e adesso si sta ridefinendo una procedura perché con un solo accesso si ottenga il certificato di idoneità alla pratica sportiva. Non solo, si sta preparando un opuscolo informativo per le associazioni che fanno sport con le perso-

ne disabili per dire «quando arriva la maggiore età, fate così».

Questo esempio racconta come oggi devono crescere i servizi. È un caso di scuola, perché ognuno dei professionisti interrogati ha risposto in modo formalmente corretto. E chissà quante volte, sulla «divisione di competenze» («è un problema sociale... no, è sanitario...»), rimbalzano le domande delle persone. Il welfare dei servizi deve oggi allentare le proprie difese. Deve portare al proprio interno l'opinione, il parere, le proposte dei cittadini, e con un ascolto intelligente anche riorganizzare i propri servizi.

La salute è oggi anche un fatto di democrazia partecipata e diretta, che va governato con tecniche di *community lab*, di ascolto sociale. Con una ricerca non sondaggistica di ciò che pensano i cittadini e con un'apertura dei servizi a una visione della salute e della cura che ne renda porosi i confini. I servizi devono avere un'utilità di servizio per un territorio. Questa consapevolezza, che ha permesso lo sviluppo del welfare nel nostro Paese, deve continuare a sostenerci nel custodirne e progettarne il futuro.

Al gruppo di lavoro convocato all'interno dell'AUSL di Parma hanno partecipato: Massimo Fabi (direttore generale), Paola Volta (direttore attività socio-sanitarie), Pietro Pellegrini (direttore Dipartimento salute mentale e dipendenze patologiche), Rossella Cocconi (direttore unità operativa riabilitazione DSM-DP), Giuseppina Ciotti (direttore Distretto di Parma), Luciano Ferrari (direttore formazione e sviluppo organizzativo), Stefano Lucertini (direttore Distretto Sud-Est), Gianfranco Bertè (Dipartimento cure primarie)

Roberto Camarlinghi è giornalista di Animazione Sociale: rcamarlinghi@gruppoabele.org

Francesco d'Angella, psicosociologo, è consulente dello Studio Aps e collaboratore di Animazione Sociale: dangella@studioaps.it